LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Sur une forme très lente de tuberculose testiculaire, par le Dr Chambellan, 113. — **Bibliographie** : Eléments d'analyse médicale appliquée aux recherches cliniques, par le Dr Sonnié-Moret, 116. — **Revue de la Presse** : Contre-indications de l'emploi des bromures, 116. — **Académie des sciences** : *Séance du 8 février* 1897. Présidence de M. Chatin. — Assainissement de l'industrie des allumettes, 117. — L'argon et l'azote dans le sang, 117. — Sur les couleurs d'irradiation dans les excitations lumineuses brèves, 117. — Sur un nouveau procédé d'électrisation, 118. — **Académie de médecine** : *Séance du 16 février* 1897. Présidence de M. Caventou. — Eucaïne, 119. — La septicémie muqueuse, 119. — Autoplastie, 119. — Introduction de la vaccine en France, 119. — Hématome orbito-palpébral à répétition chez une hémophile, 119. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 12 février* 1897. Présidence de M. Debove. — La rubigine, 120. — Asystolie et respiration de Cheynes-Stokes, 120. — Purpura hémorrhagique et non rétractibilité du caillot, 121. — Zona double bucco-pharyngien, 121. — Autopsie d'un cas de maladie de Morvan, 121. — Empoisonnement par la quinine, 121. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 11 février* 1897. — Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme. Erythème pigmenté réticulaire, 121. — Erythème récidivant symétrique des extrémités, avec desquamation à larges lambeaux de la paume des mains et de la plante des pieds, 122. — Pigmentation réticulée du cou présentant les caractères de la syphilide chez un tuberculeux cachectique, 122. — Cylindrome de la région parotidienne, 122. — Syphilide secondaire tardive, 122. — Ostéopathies et arthropathies syphilitiques, 122. — Œdème chronique, 122. — Aplasie moniliforme des cheveux, 122. — Ulcères phlébitiques non variqueux, 122. — Ecthyma scrofuleux, 122. — Acide cacodylique dans le psoriasis, 122. — Acanthosis nigricans, 122. — Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques, 122. — Nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées, 123. — Erythème provoqué par l'ichthyol au pourtour de placards d'eczéma avec persistance d'une zone décolorée en leur voisinage immédiat, 123. — Stomatite intense et tardive, compliquée d'hématémèses et de ménæas à la suite d'injections de mercure insoluble, 123. — Aplasie moniliforme des cheveux, 124. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 13 février* 1897. Présidence de M. Aug. Voisin. — **Société de chirurgie** : *Séance du 17 février* 1897. Présidence de M. E. Delens. — Chirurgie du poumon, 124. — Tuberculose du rein, 125. — Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération de la portion supérieure de l'urèthre, 125. — **Nouvelles**, 125.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur une forme très lente de tuberculose testiculaire (1),

Par le Dr Chambellan.

J'ai eu l'occasion d'observer un malade porteur de lésions tuberculeuses des testicules depuis déjà trente-deux ans. En raison de la durée certainement exceptionnelle de cette affection, et eu égard à certaines particularités qui se sont montrées dans sa marche, j'ai pensé qu'il était intéressant et instructif d'en rapporter l'observation.

M. S..., vint me consulter en 1885. Il se plaignait de ressentir des douleurs dans le testicule du côté gauche. A cette époque, cet homme était âgé de 39 ans; il était grand et paraissait assez vigoureux, quoique un peu mince. Très intelligent, il avait pris l'habitude de bien s'observer, médicalement parlant, depuis l'âge de 18 ans, c'est-à-dire depuis le moment où s'étaient développées, dans le testicule gauche, les premières manifestations tuberculeuses, en 1864.

L'enfance de ce monsieur avait été maladive. A 3 ans, il avait eu à l'os malaire gauche un abcès froid dont il portait encore la trace, sous la forme d'une cicatrice adhérente à l'os. Il avait eu la rougeole, la scarlatine, des bronchites répétées. A l'âge de 18 ans, il contracta la fièvre typhoïde qui paraît avoir été d'une intensité moyenne et qui évolua d'une façon presque normale. Elle fut cependant signalée par un épisode assez remarquable qui survint vers le déclin de la maladie, quelques jours avant l'entrée en convalescence. A ce moment, une après midi, le jeune malade éprouva, sans cause appréciable, un très violent frisson ; il claquait des dents, tremblait de tous ses membres, et, pendant une heure environ, on ne put parvenir à le réchauffer. Le reste de l'après-midi se passa sans encombre. Le lendemain matin, le médecin traitant, après avoir appris ce qui s'était passé et ne trouvant rien d'anormal, du reste, prescrivit des prises de sulfate de quinine. L'après-midi, nouveau frisson aussi intense que le premier et de durée aussi longue. Cette fois encore, quand le malade fut réchauffé, tout rentra dans l'ordre. La quinine fut continuée, les frissons ne reparurent plus.

La convalescence se fit normalement. Le jeune homme avait repris ses habitudes, était même retourné au collège depuis quelques jours, quand il fut obligé de s'arrêter ; il souffrait du pied gauche et ne pouvait plus marcher. Le médecin rappelé diagnostiqua un abcès dit critique qu'il ouvrit au bout de quelques jours. Le pus fut déclaré de bon aloi et la suppuration ne tarda pas à se tarir. Actuellement, il reste une cicatrice visible sur le pied gauche ainsi qu'une légère induration qui paraît se trouver dans la gaîne de l'extenseur commun des orteils. Du reste, de temps à autre, à la suite d'une marche fatigante, quelques douleurs se manifestent à ce niveau. Du même côté gauche, ce malade présente en outre actuellement, dans la partie

(1) Communication à la Société médicale du Ier arrondissement.

moyenne et inférieure de la gaîne des péroniers latéraux, un empâtement très appréciable, légèrement douloureux, par place, à la pression. Cet empâtement de la gaîne des péroniers latéraux est survenu une quinzaine de jours environ après la cicatrisation de l'abcès dont je viens de parler. Il a fait souffrir le malade, l'a gêné et le gêne encore parfois dans la marche, mais n'a jamais suppuré. Le remède employé a été la compression sous forme d'une bande de flanelle; moyennant cette précaution, le malade peut très facilement marcher.

Deux mois environ après ce dernier accident, le jeune homme paraissait tout à fait remis, lorsque, sans cause bien appréciable, il ne fut pas peu surpris d'éprouver une certaine douleur dans le testicule gauche. Cette douleur irradiait vers l'aîne et remontait vers les lombes du même côté, c'est-à-dire qu'elle irradiait suivant le trajet du cordon spermatique gauche. Dès lors, cette douleur ne quitta plus le malade, dans la position debout, malgré le port d'un suspensoir. Au lit, la douleur disparaissait. Finalement, cette douleur persista pendant six mois environ sans augmentation ni diminution. Au bout de ce temps, le testicule devint un beau jour plus douloureux et se mit à enfler; le lendemain, la douleur était devenue plus forte, le gonflement plus accusé, si bien que le malade se trouva dans l'obligation de s'aliter. Le cordon spermatique, lui aussi, était douloureux, ainsi qu'en témoignait la souffrance qui irradiait du côté de l'aine et des lombes. Je dois ajouter que mon malade m'a affirmé qu'il n'avait pas encore eu de rapports sexuels. Quant à la masturbation, il niait être adonné à ses pratiques. Quoiqu'il en soit, aucun écoulement n'existait du côté de l'urèthre.

Le médecin qu'on fit venir diagnostiqua une orchite aiguë, développée sans cause bien définie et prescrivit une application de sangsues le long du cordon spermatique. Le soulagement se manifesta au bout de quelques jours; notre malade put alors se lever, mais le testicule restait néanmoins assez douloureux et un peu gros. Une huitaine de jours après s'être levé pour la première fois, le malade se sentit tout à coup mouillé entre les jambes. Il crut avoir uriné sans s'en être aperçu et regarda sa chemise qu'il trouva mouillée dans la partie antérieure « d'une étendue égale à la largeur de la paume de la main, comme si cette partie de chemise avait été trempée dans l'eau », dit-il. Dès le lendemain, le testicule était presque désenflé, il cessait d'être douloureux, et toute gêne le long du cordon spermatique ne tardait pas à disparaître.

Le médecin rappelé examina le testicule, le palpa, trouva, paraît-il, quelques indurations et parla de tuberculose testiculaire. Après auscultation, il déclara que les poumons n'étaient pas atteints, mais conseilla cependant l'usage de l'huile de foie de morue et le port d'un suspensoir. J'ai demandé à mon malade s'il était sorti à ce moment du testicule un liquide purulent. Il m'a affirmé que non; il a même ajouté que le liquide dont j'ai parlé plus haut ressemblait à de l'eau. Quelques jours après cette sorte de petite inondation, il s'aperçut que la peau du scrotum gauche présentait un petit orifice et que, dans cet orifice, se trouvait une sorte de matière jaunâtre, épaisse, adhérente aux parties profondes et semblant se prolonger vers le testicule. Pendant une douzaine d'années cet orifice a laissé sortir cette matière jaunâtre, mais en très petite quantité. Aujourd'hui l'orifice est cicatrisé, mais il existe un cordon fibreux qu'on peut prendre entre les doigts et qui se dirige vers l'épididyme.

Pendant deux ans l'état local et l'état général furent satisfaisants. Au bout de ce temps, c'est-à-dire vers l'âge de 20 ans 1/2, nouvelle poussée assez douloureuse du côté du même testicule gauche; mais, cette fois, les douleurs étaient moins vives, le malade ne fut pas obligé de s'arrêter. Le testicule devint rouge, assez volumineux, puis la peau du scrotum s'abcéda à la partie antéro-inférieure, ainsi qu'en témoigne une cicatrice et un cordon fibreux allant jusque dans le testicule. Cette fois une matière purulente assez abondante sortit à l'extérieur. La cicatrisation, au dire du malade, se fit au bout d'un temps qui ne fut pas très long.

Jusqu'alors le testicule droit était resté indemne. Quelques mois après cette seconde poussée d'orchite tuberculeuse sur le testicule gauche, c'est-à-dire vers l'âge de 21 ans, le malade éprouva quelques douleurs dans le testicule droit. Le médecin, consulté à nouveau, constata la présence d'indurations dans l'épididyme droit et déclara qu'on se trouvait en présence d'une tuberculose dans cet autre testicule. A l'auscultation, aucune lésion n'était appréciable dans les poumons. L'huile de foie de morue ainsi qu'un régime reconstituant furent encore prescrits. Quelque temps après, tout rentra dans l'ordre.

Jusqu'en 1885, époque à laquelle je le vis pour la première fois, ce malade, âgé alors de 39 ans, s'était cru guéri. Pendant toute cette période, c'est-à-dire pendant un laps de dix-huit années, il n'éprouva rien d'anormal du côté des deux testicules. Pourtant, durant cet intervalle, il avait contracté une blennorrhagie intense qui dura plusieurs mois mais finit par guérir sans laisser de trace. Il vivait de la vie commune, éprouvait, disait-il, le besoin de rapports sexuels, avait eu des maîtresses, s'était enfin marié, sans toutefois avoir jamais eu d'enfant.

Puis, sans qu'il soit possible d'incriminer quelque cause, après dix-huit ans de rémission complète, mon malade éprouva de nouveau des douleurs dans le testicule droit, et c'est alors qu'il vint me consulter en 1885.

A l'examen local, je trouve des bosselures sur toute la longueur de l'épididyme droit; cet examen est légèrement douloureux. Le testicule gauche est indolore; il présente un volume normal, un épididyme bosselé, quelques granulations très appréciables sur le

esticule, au niveau de la tête de l'épididyme ; on aperçoit les deux cicatrices dont j'ai déjà parlé et auxquelles font suite un cordon fibreux allant jusque dans e testicule. J'ausculte le malade ; je trouve le murmure vésiculaire normal. J'explore avec soin la prostate et les vésicules séminales, je ne trouve rien de pathologique. Le malade me dit éprouver des érections, mais il me confesse, avec une sorte de honte, que les éjaculations sont presque insignifiantes et ne tachent plus son linge comme auparavant, lorsqu'un seul testicule était pris. Je le décide avec beaucoup de peine à m'apporter un peu de ce liquide. Quelques jours après il m'en apporte une très petite quantité ; je le fais examiner au microscope et on n'y trouve aucun spermatozoïde. Je prescris de l'huile de foie de morue, une préparation iodée, une application de pommade iodurée. Au bout d'un mois, le testicule droit n'était plus douloureux, ni spontanément, ni à la palpation.

En 1887, deux ans plus tard, le malade revint me voir en se plaignant de ressentir de nouvelles douleurs dans le testicule droit. A l'exploration, je trouve encore des bosselures à l'épididyme qui se montre légèrement douloureux à la pression. Même traitement que précédemment, au bout de trois semaines, amélioration complète.

En 1890, trois ans après, je revois le malade qui, cette fois, se plaint de souffrir des deux testicules. Le testicule gauche est sensible à la palpation ; je constate sur le testicule lui-même la présence de plusieurs granulations ; à leur niveau, le testicule est douloureux. Ces granulations se trouvent près de la tête de l'épididyme qui est un peu sensible et bosselé. Le testicule droit est douloureux, lui aussi. Le malade dit éprouver de ce côté des douleurs qu'il n'a jamais ressenties. Il se plaint de souffrir sur le trajet du cordon spermatique en un point qu'il me désigne. Ces douleurs spontanées durent souvent plusieurs heures ; elles ne sont pas très vives, mais présentent des exacerbations de peu de durée pendant lesquelles le malade ressent des élancements assez vifs. A la palpation, je reconnais que la surface du testicule droit est lisse ; l'épididyme du côté droit présente une surface bosselée, douloureuse à la pression. Après une exploration attentive du cordon spermatique et surtout du canal déférent droit, je constate sur ce dernier organe, la présence de deux granulations de la grosseur d'un grain de millet, situées près de la queue de l'épididyme. Ces nodules sont assez douloureux à la pression. La nuit les douleurs disparaissent. Je prescris encore l'huile de foie de morue, les toniques. La poussée dure trois mois.

En 1891, nouvelle poussée du côté du testicule droit. Le malade se plaint encore d'éprouver des douleurs assez vives sur le trajet du cordon. Ces douleurs présentent le même caractère qu'en 1890. Je trouve deux nouvelles granulations à côté des anciennes. L'épididyme est toujours bosselé et un peu douloureux. Je prescris le même traitement que précédemment ; mais au bout de trois mois, pas d'amélioration. Je fais alors une application de pointes de feu sur le trajet du cordon. L'amélioration ne se manifeste qu'au bout de cinq applications, mais le malade souffre toujours un peu. L'été arrivant, je lui conseille une cure à Salies-de-Béarn.

Au retour, le malade ne souffre plus. Je perçois toujours les quatre nodosités sur le canal déférent droit, mais elles sont indolores. Vers le mois de décembre, le malade me fait demander : il a une poussée de rhumatisme subaigu polyarticulaire. La maladie dure cinq semaines.

En 1894, nouvelle poussée tuberculeuse, à droite. L'épididyme droit est douloureux, le canal déférent aussi et les douleurs présentent le même caractère que précédemment. Je constate la présence d'une cinquième nodosité sur le canal déférent. Pointes de feu, traitement général. Au bout de trois applications de pointes de feu, amélioration sensible ; mais la douleur n'a pas entièrement disparu. Je conseille une nouvelle saison à Salies-de-Béarn. Au retour, le testicule et le cordon déférent sont absolument indolores ; mais quoique ayant diminué de volume, les nodosités se perçoivent toujours sur le canal déférent. L'état général est très bon ; rien d'anormal dans les poumons ; rien d'anormal à la prostate ni aux vésicules séminales.

En 1895, je revois le malade qui n'a pas présenté de rechute, mais qui vient me consulter pour du rhumatisme chronique des articulations des doigts. De plus, il éprouve de temps en temps des douleurs rhumatismales dans différents muscles.

En 1896, au commencement de l'année, j'ai encore revu le malade ; pas de nouvelle rechute.

Cette observation me semble remarquable à plusieurs titres :

1° Par la longueur insolite de l'évolution de la tuberculose testiculaire. Il y a trente-deux ans que l'affection a débuté ;

2° L'analyse de cette observation démontre qu'il n'est jamais permis de dire qu'une tuberculose testiculaire est guérie, comme des auteurs très autorisés l'ont soutenu ; et, ce qui le prouve bien, c'est ce grand intervalle de dix-huit ans qui a existé entre deux poussées de tuberculose ;

3° Les auteurs insistent beaucoup sur la présence d'une collection purulente pour permettre au médecin de faire de bonne heure le diagnostic d'orchite tuberculeuse aiguë. Dans mon observation, il n'y a pas eu de collection purulente dans la première poussée d'orchite sur le testicule gauche ; il n'y a eu qu'une sortie au dehors d'un liquide clair. Dans les cas de ce genre, il ne faudra donc pas éliminer l'idée d'orchite tuberculeuse, mais rechercher avec soin s'il n'y a pas de bosselures anormales du côté de l'épididyme ou du testicule, comme il en existait du reste chez mon malade.

Dans une nouvelle poussée seulement, deux ans

après, on a observé la collection purulente dont parlent les auteurs ;

4° Mon malade a présenté de la tuberculose testiculaire bilatérale, comme il arrive le plus souvent. Mais les phénomènes réactionnels n'ont pas été les mêmes des deux côtés. Du côté gauche, orchite tuberculeuse répétée deux fois ; du côté droit, tuberculose testiculaire se révélant par des symptômes peu éclatants, sans que le scrotum se soit ouvert. J'ai constaté de ce côté droit l'existence d'une particularité qui ne manque pas d'intérêt, je veux parler de l'existence de ces douleurs assez vives, revenant par crises, lorsque des nodules tuberculeux se sont développés sur le canal déférent. Ces nodules tuberculeux englobaient sans doute quelques filets nerveux, de là ces manifestations névralgiques ;

5° Malgré la longue durée de l'affection et les diverses poussées tuberculeuses qui se sont faites sur les glandes testiculaires, la prostate et les vésicules séminales n'ont présenté jusqu'ici aucun trouble objectif ni subjectif ;

6° Je rappelle l'existence de ce frisson intense survenant sans cause appréciable à deux reprises différentes, à vingt-quatre heures d'intervalle, vers le déclin de la fièvre typhoïde. N'était-il pas le signe révélateur de l'infection de l'organisme par le bacille de Koch ?

7° On devrait peut-être se demander pourquoi, chez certains malades, la tuberculose testiculaire affecte une marche rapide, tandis que chez d'autres elle présente une durée si longue. Je pense que l'arthritisme avéré dont fait preuve mon malade est peut-être la cause de l'évolution si lente de son affection des testicules.

BIBLIOGRAPHIE

Eléments d'analyse médicale appliquée aux recherches cliniques, par le Dr Sonnié-Moret (Paris, Société d'éditions scientifiques, 1897.)

Ces éléments d'analyse médicale s'adressent à la fois au médecin et au pharmacien qui n'ayant pas l'occasion de se livrer à des travaux chimiques suivis se trouve cependant obligé par le médecin à faire une analyse destinée à influencer la direction d'un traitement ou à éclairer un diagnostic.

La plus grande partie de ce volume est naturellement consacrée à l'analyse des urines qui comprend l'étude des caractères généraux, des éléments normaux, des éléments anormaux, enfin les sédiments ou calculs de l'urine. Deux paragraphes intéressent ici particulièrement le médecin, en raison des discussions auxquelles leurs sujets ont donné lieu, il s'agit du dosage de l'azote total et du rapport azoturique.

Le chapitre sur le sang ne contient que des généralités ; l'auteur, qui s'est borné à donner un résumé de sa composition et de ses propriétés fait très justement remarquer que l'analyse proprement dite du sang ne peut être entreprise sérieusement que par des chimistes familiarisés avec les opérations spéciales qu'elle réclame et outillés en conséquence. L'auteur expose ensuite les procédés d'analyse des liquides séreux, des liquides kystiques de l'ovaire, de la sérosité de l'hydrocèle, des liquides séroïdes, du liquide céphalo-rachidien, des kystes hydatiques. Un chapitre sur l'analyse du suc gastrique comporte la détermination de l'acide chlorhydrique, des acides lactique et acétique, de la pepsine et du labferment. Les trois derniers chapitres sont consacrés à l'analyse de la bile, de la salive et du lait.

Dans ces éléments, nos confrères trouveront tous les renseignements dont ils ont besoin dans certains cas de pratique, d'autant mieux que l'auteur n'a pas craint d'exposer certains procédés avec une minutie de détails très utiles pour ceux qui ne font pas de l'analyse chimique une profession. L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Contre-indications de l'emploi des bromures (*Wiener Med. Blœtter*, n° 47). — S. Sterling a insisté dernièrement sur l'abus et les contre-indications de l'emploi des bromures. Si l'on a recours si volontiers à ces médicaments, c'est qu'ils sont relativement très actifs et que les actions nuisibles échappent d'abord à l'observation du malade et du médecin lorsqu'on force les doses. Habituellement le bromure à doses moyennes et donné pendant peu de temps n'entraîne dans l'organisme aucun trouble sensible. Mais il arrive parfois que de faibles doses ou même qu'une forte dose unique déterminent un empoisonnement : coloration ictérique de la peau, paralysie du côté du système nerveux central, troubles digestifs, etc. L'emploi prolongé peut amener de la perte de mémoire, de la faiblesse de l'ouïe et de la vue, de la sensibilité cutanée, de l'incertitude de la marche, de la somnolence, des troubles gastro-intestinaux, de l'anémie et de l'amaigrissement très prononcé, des éruptions cutanées et du catarrhe des muqueuses. Ce serait une faute de prescrire du bromure aux neurasthéniques qui sont déjà atteints d'anémie. On doit prescrire ce médicament avec prudence chez les phtisiques. Le bromure peut avoir une influence nuisible sur la nutrition, déterminer du catarrhe des voies aériennes. La diminution de l'excitabilité réflexe peut empêcher l'expectoration muqueuse. On doit de même modérer l'emploi des bromures dans les maladies des organes digestifs. On y renoncera chez les malades dartreux. Dans les brûlures étendues le bromure peut avoir une action nui-

ible en diminuant encore l'excitabilité réflexe, et en modifiant d'une façon fâcheuse la perspiration, le rayonnement calorique, l'élimination des gaz, les sécrétions cutanées. Le bromure est lentement éliminé ; trois semaines après que le patient a suspendu le médicament on peut trouver encore du brome dans la salive et dans l'urine.

L'action du bromure peut être très active dans les cas où il existe, comme dans les maladies rénales, un obstacle à son élimination. C'est également le cas chez les diabétiques. Dans les affections des voies urinaires le bromure peut exagérer les phénomènes inflammatoires. Le bromure passe dans le lait, ce qui doit être pris en considération chez les nourrices. Enfin le médicament serait contre-indiqué dans certaines maladies nerveuses. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 février 1897. — Présidence de M. Chatin.

Assainissement de l'industrie des allumettes. — M. Magitot adresse un travail qui se termine par les conclusions suivantes :

1° L'assainissement de l'industrie des allumettes au phosphore blanc est un problème dont la solution est aujourd'hui simple et facile.

2° La méthode d'assainissement consiste en deux ordres de moyens basés sur les deux facteurs des accidents, lesquels facteurs sont : (*a*) le *phosphorisme* ; (*b*) la *nécrose* ou *mal chimique*.

3° Au phosphorisme, on opposera la ventilation des ateliers par des moyens artificiels, assez puissants pour soustraire les ouvriers aux émanations toxiques, résultat d'ailleurs réalisé dans maintes industries similaires. A la nécrose, on opposera la sélection ouvrière, c'est-à-dire le recrutement et le maintien du personnel parmi les individus entièrement dépourvus de toute lésion de la bouche et de l'appareil dentaire capable de fournir une porte d'entrée au mal chimique.

4° *Ventilation* et *sélection*, le problème de l'assainissement est tout entier dans ces deux termes.

5° Parmi les usines qui fabriquent actuellement des allumettes, on en trouverait plusieurs parfaitement salubres, dans lesquelles aucun accident ne s'est jamais produit ; d'autres, en grand nombre, n'ont plus que des accidents relativement rares ; elles sont assainissables par l'hygiène. Quelques-unes enfin sont dans un tel état de dégradation et d'insalubrité, que leur assainissement est impossible : ces dernières vont être supprimées.

6° L'assainissement absolu d'une usine est réalisable d'une manière immédiate, c'est-à-dire dans les seuls délais nécessaires à l'application d'une machine à ventilation et à la pratique méthodique et graduée de la sélection, afin d'éviter une crise ouvrière.

L'argon et l'azote dans le sang. — MM. P. Regnard et T. Schlesing fils. M. Duclaux présente au nom des auteurs une note d'où ils concluent qu'il y a dans le sang de l'argon dissout et que s'il y a surcharge d'azote il y a en même temps surcharge très nette d'argon.

Sur les couleurs d'irradiation dans les excitations lumineuses brèves. — M. Aug. Charpentier. Il y a environ un an (17 février 1896), j'ai communiqué à l'Académie, sous le nom d'*irradiation ondulatoire*, des faits montrant qu'une impression lumineuse, une fois produite en un point donné de la rétine, se propage de proche en proche dans toutes les directions, suivant le rythme de l'impression elle-même. J'avais observé cette irradiation ondulatoire non seulement avec des objets lumineux mobiles, mais aussi avec des *excitations lumineuses fixes*. J'ajoutais à ces observations un dernier caractère important, que les traînées lumineuses observées dans mes expériences se montraient colorées *dans l'ordre du spectre*. Quant à cet ordre, il était suffisamment défini par une série de communications antérieures (1) montrant, depuis 1888, que les couleurs, au moment d'une excitation lumineuse, se produisent successivement en commençant par les moins réfrangibles (côté rouge du spectre).

Depuis lors, je n'ai pas cessé d'étudier ces couleurs d'irradiation, ainsi que leurs rapports avec les colorations successives que présente l'objet lumineux lui-même au début de son action sur la rétine. J'aurais cependant attendu encore avant de publier les résultats de cette étude, si, dans une communication récente à la Société royale de Londres (10 et 16 décembre 1896), M. Sh. Bidwell n'avait décrit, à propos de la toupie de Benham, certains phénomènes se rapprochant plus ou moins de mes propres observations. Je me suis donc décidé à faire connaître ces dernières, au moins dans leurs traits les plus essentiels. Il sera facile de voir le lien qui relie ces couleurs subjectives, dont on parle tant, avec les lois déjà établies par mes recherches précédentes.

Si l'on déplace un petit objet lumineux sur champ noir, dans les conditions que j'ai indiquées précédemment (février 1896), on voit la trace circulaire bordée par des traînées claires plus ou moins larges et plus ou moins rapprochées de l'objet suivant la vitesse de celui-ci sur la rétine. Au premier abord, ces traînées n'ont rien de spécial. Avec un peu d'attention, si l'éclairement est assez intense, et surtout si le regard est parfaitement immobilisé sur un point assez voisin du passage de l'objet, ces traînées se montrent colorées : avec le bec Auer comme source lumineuse, on y distingue facilement du rouge, du jaune, du vert, du vert bleu ; ces colorations se fondent les unes dans les autres et sont plus ou moins bien limitées suivant les cas ; le rouge est la couleur initiale, elle occupe le front de l'onde, les autres suivent dans l'ordre ci-dessus. On peut avoir des aspects analogues avec d'autres sources lumineuses suffisamment intenses ; chaque zone est plus ou moins étendue et plus ou moins nette, mais toujours le rouge commence la série, qui se continue dans l'ordre des réfrangibilités.

Ainsi donc, dans l'irradiation ondulatoire, les couleurs sont émises successivement, et elles quittent l'objet lumineux dans l'ordre du spectre, le rouge étant la première couleur émise. Il ne s'agit pour le moment que des lumières complexes plus ou moins voisines de la lumière blanche, quelle que soit, d'ailleurs, leur nuance dominante.

L'expérience, ainsi décrite dans ce qu'elle a d'essentiel, est assez délicate à cause de la difficulté particulière que présente l'observation d'objets en mouvement. Bien plus

(1) *Comptes rendus*. 3 août 1891, 13 juin 1892.

simple au contraire est l'observation des couleurs émises par un objet lumineux fixe quand on lui fait produire une excitation brève sur la rétine.

Il suffit, par exemple, d'ouvrir et de refermer les yeux le plus rapidement possible devant une bougie pour la voir entourée de zones colorées. L'observation sera plus favorable la nuit, mais elle peut se reproduire à toute heure si elle est faite sur champ obscur.

Ces zones colorées sont d'une nature complexe ; plusieurs ordres de phénomènes, que nous analyserons, interviennent dans leur production. La part qu'y prend l'irradiation ondulatoire se montrera nettement si l'on rend l'expérience plus précise en assurant l'immobilité des yeux et variant la durée de l'éclairement.

On peut dans ce but utiliser les disques rotatifs opaques pourvus d'une fenêtre étroite et variable, et tournant devant l'œil à différentes vitesses. Mais, pour ne pas soumettre l'œil à une série d'excitations rapprochées, on disposera un second disque à fenêtre étroite mais à rotation beaucoup plus lente (un tour en deux ou trois secondes au moins), qui ne découvrira le premier qu'à intervalles assez éloignés et pendant un seul passage de l'objet.

Il est plus simple encore, et souvent suffisant, de produire des excitations brèves en déplaçant plus ou moins brusquement devant l'œil un large écran opaque, pourvu d'une fente de largeur assez faible, un ou plusieurs millimètres.

En regardant ainsi la bougie sur fond noir, l'aspect change suivant la durée de l'excitation (durée du passage de la fente devant l'œil). Pour une durée très faible, la coloration de la flamme change simplement; j'y reviendrai plus tard; si l'on augmente progressivement la durée, il se montre d'abord autour de la flamme un liseré mince bien limité, rouge extérieurement; puis l'auréole s'élargit, on y distingue les couleurs précédemment décrites, rouge, jaune, vert, vert bleu ; ses bords sont toujours nets, l'aspect est exactement celui des traînées décrites plus hautes, mais plus vivement colorées ; la durée d'excitation augmentant encore, la zone colorée, toujours plus large, se fusionne dans le fond devenu rougeâtre ; ici, un autre phénomène intervient, que je décrirai dans une autre Note, à savoir la coloration de la zone lumineuse diffusée optiquement autour de l'objet.

Les phénomènes sont analogues avec d'autres sources, tout en étant plus ou moins marqués (bec Auer, flamme de gaz, lampes électriques à incandescence et à arc).

Au point de vue de la largeur du halo, une augmentation d'intensité de l'excitation équivaut à une augmentation de durée ; de même, une augmentation de grandeur de la source lumineuse ou son rapprochement agissent encore en élargissant la zone colorée irradiée autour de la flamme.

Sur un nouveau procédé d'électrisation. — M. Charles Henry. On sait que, d'après M. d'Arsonval, l'électrisation par des courants alternatifs rigoureusement sinusoïdaux présente, sur les procédés ordinaires de faradisation par la bobine d'induction, de grands avantages : aux mêmes fréquences, les courants sinusoïdaux augmentent plus que les courants induits ordinaires les combustions internes, et cela sans provoquer autant de contraction ni de douleur. Comme, d'après l'interprétation physique d'un théorème de Fourier et les expériences de Helmholtz, tout son musical peut toujours et d'une seule manière être considéré comme la somme de vibrations sinusoïdales simples, de durées 1, 2, 3,... n fois moins grandes, constituant les harmoniques de ce son, il était légitime de conclure de ces faits que l'on obtiendrait de non moins intéressants résultats si l'on transformait en courants alternatifs les successions mélodiques et harmoniques qui exercent, par l'intermédiaire de l'ouïe, une influence si variée et si profonde sur le système nerveux. L'expérience du muscle téléphonique de M. d'Arsonval, d'après laquelle on peut substituer un muscle à un téléphone dans la transmission de la voix, prouve que le nerf et le muscle répondent aux nombres de vibrations qui sont le domaine de la musique.

Voici le dispositif expérimental auquel je me suis arrêté, après bien des tâtonnements, pour réaliser ce nouveau procédé d'électrisation.

J'emploie, comme générateur d'électricité, une pile thermo-électrique Gülcher de 66 éléments, donnant, au bout de quelques minutes d'allumage, une force électromotrice constante de 4 volts environ, pour une consommation de 170 litres de gaz à l'heure ; cette pile présente au début une résistance intérieure de 0 ohm 65, qui grandit d'abord, mais reste sensiblement constante au bout d'une centaine d'heures d'allumage.

Comme source sonore, j'emploie une boîte à musique dite *Polyphon*, qui se distingue par la grande uniformité du mouvement, par la durée suffisante que présente ce mouvement (vingt minutes) sans qu'il soit nécessaire de remonter l'horlogerie, par l'avantage de pouvoir jouer un air quelconque quand on change simplement un disque entraîné autour de son centre entre des galets et muni, à des distances convenables, de reliefs engrenant dans les dents d'un peigne, lesquelles font vibrer des lames métalliques. Il est facile de reconnaître directement la vitesse de rotation du disque et, par la résonnance d'une table d'harmonie, de connaître les fréquences sonores.

Pour apprécier l'influence physiologique du rythme et de la mesure, on la compare avec les effets physiologiques enregistrés quand on électrise le sujet avec des courantr alternatifs de même fréquence moyenne, produits par une sirène placée en face du microphone.

Pour éviter l'influence de l'ouïe, je dispose la source sonore au loin, de manière qu'elle ne puisse être entendue.

Je place sur la caisse de résonnance de la boîte à musique un microphone de Hughes à 4 charbons, relié d'une part au pôle positif de la pile, d'autre part à l'une des bornes du circuit primaire d'une petite bobine (sans interrupteur) du téléphone Bert-d'Arsonval, l'autre borne du même circuit primaire étant reliée au pôle négatif de la pile : les deux bornes du circuit secondaire de la bobine sont reliées à l'organisme par les fils et les excitateurs usités en électrothérapie.

Un rhéostat placé sur le fil reliant la pile et le microphone permet de régler l'intensité du courant primaire et d'éviter les *crachements* du microphone.

Les vibrations du microphone, c'est-à-dire les vibrations sonores, font l'office d'interrupteur de la bobine ; les secousses perçues dans le muscle sont bien la phrase musicale transformée, puisqu'en substituant à l'organisme un téléphone, on entend le morceau avec toutes ses nuances.

Le répertoire du *Polyphon* est, en général, d'une orchestration trop compliquée pour pouvoir être reconnu par le sens musculaire ; la chose est cependant possible avec des mélodies simples jouées sur un piano. La phrase musicale

se traduit, pour le sujet, en la sensation de caresses profondes et rythmées ; les sons intenses se traduisent naturellement en secousses plus intenses ; les sons aigus apparaissent comme faibles, même à égale intensité apparente, relativement aux sons graves, sans doute parce que les fréquences deviennent déjà trop rapides pour être parfaitement perçues.

Dans une communication prochaine j'espère pouvoir résumer les résultats de l'enquête électrométrique à laquelle je soumets ce nouveau procédé d'électrisation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1897. — Présidence de M. Caventou.

La Correspondance comprend : 1° des lettres de MM. les Drs A. Marvaud, médecin-principal de 1re classe, et Durand, de Marseillan (Hérault) qui se portent candidats au titre de correspondant national (médecine) ; 2° un pli cacheté adressé par MM. les Drs Aubeau et Golasz.

Eucaïne. — M. Reclus fait une communication qu'il résume ainsi : Il ressort de mes observations cliniques et des expériences de M. Pouchet que l'eucaïne est un véritable analgésique, inférieur toutefois à la cocaïne : en effet, l'injection en est un peu douloureuse, le champ opératoire est souvent recouvert d'une nappe sanguine. L'analgésie est moins complète et sa durée est beaucoup moindre. Et puis sa toxicité est tout aussi grande. C'est là le point capital ; aussi doit-elle être maniée avec toutes les précautions dont nous avons entouré l'administration de la cocaïne, précautions si souvent violées encore et si peu connues ainsi qu'en témoignent des récentes publications.

La septicémie muqueuse. — M. Cornil lit, au nom de M. G. Babès, un travail sur ce sujet. L'auteur donne ce nom à une maladie mortelle observée en novembre 1895 ; pendant la vie on n'avait observé qu'une paralysie faciale accompagnée d'anémie très peu prononcée, d'un peu de fièvre et d'affaiblissement général.

L'autopsie montra que tous les vaisseaux d'un certain calibre, surtout ceux des méninges, étaient remplis par une substance blanchâtre muqueuse. L'auteur rapporte la mort à l'état particulier du sang. Les globules rouges étaient en effet détruits et transformés en une substance granulo-muqueuse tandis que les leucocytes étaient plus ou moins nombreux avec noyaux fragmentés, le sang muqueux contenait, surtout dans certaines régions, des microbes parmi lesquels se distinguait par sa fréquence un bacille appelé par l'auteur *mucogène* et caractérisé par sa faculté de transformer les matières organiques en substances muqueuses.

Autoplastie. — M. P. Delbet présente une malade atteinte d'une brûlure profonde du dos qu'il a réussi à fermer solidement par des autoplasties multiples par tous les procédés connus : méthode ancienne, méthode indienne, méthode italienne, lambeaux migrateurs, méthode de Le Fort et greffes de Thiersch. La brûlure commençait en haut sur le cou, se terminait au bas des lombes, s'étendait transversalement de la ligne axillaire gauche au bord du sein droit, envahissant en outre les deux aisselles et la face interne du bras jusqu'au coude du côté gauche, jusqu'au milieu du bras du côté droit. La plaie du dos mesurait 40 centimètres dans le sens vertical, 36 dans le sens transversal. En comprenant les aisselles et le dos, elle mesurait au moins 1500 centimètres carrés.

Cette opération montre les immenses services que peut rendre la greffe de Thiersch et en même temps les limites de ces services ; à plusieurs reprises elles se sont montrées insuffisantes parce que les surfaces greffées étaient trop étendues.

L'opération montre aussi combien sont aléatoires les greffes de Thiersch transportées d'une personne sur l'autre. Toutes les greffes qui avaient été prises sur une jambe à amputer ou sur la main de la malade, après avoir parfaitement pris, ont fini par se rompre complètement. Il y a évidemment entre les épidermes des divers sujets des différences de constitution chimique et biologique. On peut tomber par hasard sur des sujets de constitution épidermique semblable et obtenir alors de vrais succès, mais il est certain que lorsqu'on prend des greffes de Thiersch sur une personne pour les transporter sur une autre, on court de mauvaises chances.

En revanche, cette observation prouve qu'on peut reprendre des lambeaux épidermiques sur des points où on en a déjà pris, lorsque l'excoriation produite par le premier emprunt s'est cicatrisée. Ainsi une même région peut devenir une mine en quelque sorte inépuisable de lambeaux épidermiques. Grâce à cela, on pourra éviter souvent d'emprunter de la peau à d'autres personnes.

Introduction de la vaccine en France. — M. Hervieux lit une note sur ce sujet et attribue le mérite d'avoir introduit la vaccine en France non à Bobe-Moreau, médecin saintongeais, mais au duc de La Rochefoucauld. Bobe-Moreau aurait reçu par l'intermédiaire de Piétet, professeur de philosophie à Genève, des fils imprégnés de vaccin à la date du 7 germinal an VIII et aurait pratiqué les premières inoculations quelques jours avant les expériences qui furent tentées le 24 germinal an VIII à Paris ; mais il n'y a aucune comparaison entre les efforts tentés par lui et par le duc de La Rochefoucauld Liancourt et entre les résultats obtenus par ces deux personnes.

Hématome orbito-palpébral à répétition chez une hémophile. — M. Valude. Les hématomes spontanés de l'orbite et surtout des paupières sont très rares et on n'en compte pas plus de sept ou huit cas dans la littérature scientifique. La plupart des faits rapportés ont trait à des artério-scléreux, à des femmes offrant des suppléances menstruelles ; M. Panas a rattaché chez un enfant la production d'un hématome orbitaire à des troubles digestifs, à une dilatation stomacale prononcée ; Zehender a observé un enfant aussi chez lequel l'hémophilie était en cause.

Chez la femme dont il s'agit ici, c'est de l'hémophilie également qu'il est question. Cette malade, en effet, saignait abondamment pour le moindre motif, et la simple friction de la peau avec un linge rude suffisait à amener l'écoulement du sang. D'ailleurs, le sang examiné par M. Chauffard à son laboratoire a montré que la coagulation en était très lente et qu'elle ne commençait qu'au bout de quinze minutes. Les éléments figurés du sang offraient leurs caractères normaux de nombre absolu et relatif. L'hémophilie était donc nettement établie.

Dans ces conditions et sans l'intervention du moindre traumatisme, la malade fut prise de violentes douleurs dans l'orbite droite, et ces douleurs allèrent jusqu'à amener des nausées et des vomissements. En même temps survenait du gonflement de la région et se montrait, au-dessous

de la paupière supérieure, vers l'angle supéro-interne de l'orbite, une saillie bleuâtre fluctuante. La ponction de cette collection liquide donna du sang un peu épais et amena la cessation des douleurs ; un pansement compressif fit disparaître le gonflement et l'ecchymose palpébrale du voisinage.

Après un mois de calme, les mêmes phénomènes se reproduisirent mais atténués ; la simple compression suffit à les faire disparaître.

Depuis lors, de temps à autre, survient au même point une tuméfaction bleuâtre et un peu douloureuse qui disparaît en deux ou trois jours sous l'influence d'un pansement compressif.

A 4 heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Motet sur les candidats dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M Napias ; en 2e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. du Cazal, Josias, Laugier, Le Roy des Barres et A.-J. Martin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 février 1897. — Présidence de M. Debove.

La rubigine. - MM. Auscher et Lapicque donnent le nom de *rubigine* au pigment ocre rencontré dans les cirrhoses pigmentaires, et dont il a été question dans la dernière séance. Ils ont pu produire expérimentalement ce pigment ocre chez l'animal en injectant à des chiens du sang dans les cavités séreuses ou le tissu conjonctif, et ils ont vu qu'après un mois cette rubigine se rencontre dans les ganglions lymphatiques, la rate et la moelle des os, mais n'apparaît dans le foie qu'après que la quantité de fer a dépassé 2 p. 1.000 dans la rate. Elle n'apparaît donc que secondairement dans les parenchymes glandulaires, et il semble que ce soient plutôt les organes lymphoïdes et plus particulièrement les leucocytes agissant sur le sang extravasé qui élaborent cette rubigine, que les parenchymes glandulaires. D'ailleurs les conditions où l'on rencontre la rubigine sont précisément celles qui favorisent la production d'hémorrhagie : maladies du foie, infections diverses, surtout la tuberculose. Il est probable que la rubigine ne se forme que dans le sang extravasé ; les expériences de l'un des auteurs semblent prouver en effet qu'elle ne se forme pas dans les vaisseaux.

Asystolie et respiration de Cheynes-Stokes. — M. Merklen a vu récemment deux cas dans lesquels l'asystolie était associée à la respiration de Cheyne-Stokes. Cette association ne se rencontre guère que dans la myocardite chronique avec artério-sclérose. Il s'agit habituellement de vieillards, de goutteux, d'alcooliques qui, après avoir présenté pendant quelques mois des crises dyspnéiques nocturnes et quelques fois de la céphalagie avec vertiges et ictus, sont pris d'oppression continue et croissante liée à la congestion et à l'œdème pulmonaire. Ces sujets présentent de l'aortite chronique, de l'hypertrophie cardiaque et, le plus souvent, les signes d'une néphrite chronique interstitielle à marche lente, et chez eux l'asystolie se complique presque constamment de troubles cérébraux, agitation nocturne et délire, apathie intellectuelle, somnolence et coma, et enfin apparaît la respiration de Cheyne-Stokes.

Cette respiration de Cheyne-Stokes est généralement attribuée à l'urémie ; pourtant on peut la rencontrer dans diverses affections du cerveau et des méninges, et aussi chez des artério-scléreux asystoliques, en l'absence d'insuffisance rénale nettement caractérisée ; dans ces derniers cas elle accompagne des troubles cérébraux, de sorte qu'on est amené à la rattacher au syndrome complexe du *cerveau cardiaque*.

Je rapporte ici deux observations qui confirment ce qui précède. Le premier malade asystolique fut pris, après l'administration de la digitaline, de respiration de Cheyne-Stokes, puis entra dans le coma et mourut en quelques heures. Il semble bien dans ce cas que la respiration de Cheyne-Stokes ait été provoquée par la digitaline. En même temps, à l'hôpital Laënnec, je pouvais observer un homme de 56 ans, mécanicien, alcoolique, atteint aussi de myocardite chronique et d'artério-sclérose qui, après avoir présenté une congestion pleuro-pulmonaire, entra en asystolie compliquée de coma. On pratiqua à ce malade des injections de caféine, on lui fit une saignée et on lui administra un demi milligramme de digitaline cristallisée. Après ce traitement le malade alla mieux, bien que la dyspnée persistât et que les fonctions cardiaques restassent troublées. Après six semaines de traitement, la respiration de Cheyne-Stokes qu'il avait à l'état d'ébauche depuis quelques jours apparut et elle s'est maintenue pendant plus d'un mois, augmentée plutôt que diminuée par la digitaline, manifestement atténuée par la morphine. Puis les phénomènes d'asystolie qui dataient de trois mois s'amendèrent et la respiration de Cheyne-Stokes disparut.

Il y a quelques années, on disait que la respiration de Cheyne-Stokes était d'un pronostic fatal ; on voit qu'il n'en est rien, puisque notre second malade guérit après avoir présenté cette respiration pendant six semaines. Dans nos deux cas, nous avons vu l'association de l'asystolie et du rythme respiratoire de Cheyne-Stokes bien qu'il n'y ait pas eu, à proprement parler, d'insuffisance rénale. Ces faits sont intéressants car ils prouvent que la respiration de Cheyne-Stokes n'est pas toujours due à l'urémie. Mais les asystoliques chez qui apparaît ce rythme respiratoire sont des artério-scléreux ayant présenté des phénomènes cérébraux multiples qui appartiennent au *cerveau cardiaque*, ils ont de l'artério-sclérose cérébrale déterminant une circulation insuffisante quand le cœur devient faible.

L'expérimentation et certains faits cliniques tendent à prouver que la fréquence et le rythme de la respiration ne dépendent pas uniquement de l'activité des centres respiratoires automatiques bulbaires. Le cerveau exercerait à l'état normal une influence régulatoire sur ces centres, et la suppression de cette influence se manifesterait par une respiration irrégulière, périodique, par le rythme de Cheyne-Stokes. On comprend dès lors comment les troubles circulatoires qui se produisent dans le cerveau des artério-scléreux asystoliques peuvent déterminer ce rythme.

Quant à l'action de la digitale, elle tient peut-être à ce que, chez nos deux malades, elle n'a agi qu'incomplètement, son action étant dissociée, vaso-constrictive sans être cardio-tonique, exagérant l'anémie cérébrale. La digitale a pourtant un effet utile dans ces cas : elle diminue les hydropisies, maintient le cœur et prépare la guérison.

on influence défavorable sur le rythme respiratoire est neutralisée par la morphine.

Purpura hémorrhagique et non rétractibilité du caillot. — M. Millard communique une observation de purpura hémorrhagique rebelle, mais suivi de guérison, dans lequel le caillot sanguin n'était pas rétractile. Ce fait vient donc à l'appui des observations rapportées par M. Bensaude dans une précédente séance.

M. Hayem a actuellement dans son service un phtisique avec purpura nettement cachectique, c'est à-dire sans aucun rapport avec le purpura hémorragique. Cependant, le caillot n'est pas rétractile, d'où il suit qu'il ne faut pas, malgré tout, considérer la non rétractibilité du caillot comme spécifique du purpura hémorragique.

Zona double bucco-pharyngien. — MM. Lermoyez et Barozzi rapportent un cas de zona double bucco-pharyngien, parfaitement symétrique, observé chez un homme de soixante-dix-huit ans. Ils le rattachent, en raison surtout cette symétrie, à la deuxième branche du trijumeau.

A ce propos, ils font remarquer qu'on a par trop étendu, dans ces dernières années, le domaine de l'angine herpétique, dont certains auteurs font un zona de cette deuxième branche du trijumeau. Il faut en revenir à la conception de Gubler pour qui la présence de vésicules dans la gorge était la condition nécessaire et suffisante pour constituer l'angine herpétique.

Autopsie d'un cas de maladie de Morvan. — On sait que la maladie de Morvan, ou *panaris analgésique à répétition*, a été considérée par certains auteurs, notamment par Charcot, comme une variété de syringomyélie. On sait, d'autre part, que la lésion fondamentale de la syringomyélie est la présence, au centre de la moelle, d'une cavité ou canal, de dimensions variables (celles d'une aiguille à tricoter, d'une sonde et même d'un crayon), renfermant un liquide analogue au liquide céphalo-rachidien.

Les autopsies de maladie de Morvan sont rares. Cela seul suffirait à donner de l'intérêt à celle que M. Marinesco a eu l'occasion de pratiquer sur un malade du service de M. Marie, âgé de soixante-deux ans, que Charcot présenta, en 1890, à sa clinique, et dont l'histoire pathologique a été, depuis, publiée par lui et ses élèves. Chez ce sujet, le panaris analgésique était localisé à la main gauche, il n'y avait pas d'atrophie musculaire.

Or, M. Marinesco a trouvé dans la moelle une cavité à peu près triangulaire, s'étendant de la sixième racine cervicale à la sixième dorsale. Les lésions médullaires — dont la résultante est la formation de la cavité sus-indiquée — partant du canal épendymaire, occupaient principalement la commissure postérieure et la corne postérieure *gauche*, laissant presque intacte la corne antérieure. L'intérêt de ce cas réside, précisément, dans ce fait qu'avec des troubles trophiques localisés à la main gauche, on a trouvé les lésions en quelque sorte localisées à la corne postérieure gauche. On peut en inférer que les altérations médullaires qui produisent la maladie de Morvan ont leur siège principal dans la corne postérieure.

En outre, cette autopsie vient à l'appui de l'opinion de ceux qui, comme Charcot, font rentrer la maladie de Morvan dans la syringomyélie, que celle-ci soit due à une malformation médullaire, à une myélite périépendymaire ou à un gliome médullaire (les trois cas se rencontrent).

Empoisonnement par la quinine. — M. Louis Guinon. Un adulte neurasthénique ayant tenté de se suicider en absorbant, d'un seul coup, 8 grammes de sulfate de quinine, tomba rapidement dans un collapsus profond; les deux symptômes vraiment caractéristiques furent la surdité et la cécité. La surdité fut d'emblée absolue; elle s'atténua en quelques heures et disparut en un jour. La cécité, au contraire, ne parut complète que quelques heures après l'ingestion; quinze jours après, la vue était encore extrêmement faible. La sécrétion urinaire fut supprimée pendant onze heures; elle se rétablit très abondante sous l'influence du traitement (injections sous-cutanées d'eau salée, lavements froids, ingestion copieuse de café). La température resta normale, le pouls fut accéléré : 120 environ le premier jour, 100 le second.

Ces accidents s'observaient plus souvent autrefois avec les doses fortes de quinine; chez les sujets à myocarde sain, ils guérissent assez facilement, même après absorption de 15 grammes (Giacometti), de 41 grammes (Guersant) de sulfate de quinine.

M. Béclère a observé un cas d'empoisonnement chez un médecin qui avait pris, contre des névralgies dentaires, 60 centigrammes seulement de sulfate de quinine. Il y eut rapidement du vertige, rendant impossible la station debout, et de l'obscurcissement de la vue. Ces accidents s'amendèrent, d'ailleurs, en quelques heures. A noter que ce confrère avait pris souvent, sans malaise aucun, la même dose du médicament.

M. Lermoyez dit que dans le cas de lésions labyrinthiques la moindre dose de quinine suffit fréquemment pour produire des accès vertigineux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 février 1897.

Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme. Erythème pigmenté réticulaire. — MM. Balzer et Griffon présentent à la Société une lésion singulière de la face interne du genou chez un homme de 36 ans, arthritique et légèrement variqueux. Depuis quelques mois sont apparues à ce niveau des arborisations pigmentaires, traînées brunâtres élégamment anastomosées entre elles, rappelant un peu ce qu'on observe chez les cochers ou les vieilles femmes qui ont la partie inférieure des jambes pigmentée par la chaufferette.

La pigmentation n'est pas le seul caractère de cette lésion bilatérale; il y a aussi inflammation, car la pression la plus légère est douloureuse, et le malade se plaint de souffrances spontanées. Il est de plus manifeste que la lésion se passe non le long des veines et même des veinules, mais dans les réseaux capillaires superficiels.

En maints endroits, surtout vers le centre de la région atteinte, on note au confluent des travées de petites surfaces rouges limitées par un bord net, sans épaississement de la peau. Ces placards, qui dernièrement desquamaient, présentent aujourd'hui une surface rouge, décapée, brillante, plissée comme l'est celle du lichen.

Au point de vue étiologique, les traînées rosées, érythémateuses, apparues au genou, et une poussée articulaire survenue tout récemment au cou-de-pied feront peut-être

incriminer le rhumatisme. C'est en raison de cette petite poussée érythémateuse que nous proposons comme sous-titre la dénomination d'érythème pigmenté réticulaire.

Erythème récidivant symétrique des extrémités, avec desquamation à larges lambeaux de la paume des mains et de la plante des pieds. — M. G. Thibierge. Voici une femme de 41 ans, qui, pour la cinquième fois, a vu se soulever en un seul lambeau l'épiderme de la paume de ses mains; cette desquamation s'est produite quelques jours après une tuméfaction érythémateuse des régions palmaires et plantaires, survenue à la suite d'une bronchite : les poussées antérieures s'étaient, de même, produites à la suite d'infections banales, sans qu'on puisse accuser l'usage d'un médicament; ces poussées s'accompagnaient de desquamation étendue de la plante des pieds : celle-ci, toujours plus tardive, n'a pas encore eu le temps de se produire dans la poussée actuelle. Il semble s'agir ici de troubles vaso-moteurs d'origine nerveuse, remarquables à l'œdème aigu circonscrit de la peau et à l'urticaire œdémateuse, d'autant plus que la malade, quelque peu nerveuse, a des réactions vaso-motrices cutanées très accusées et a été atteinte antérieurement d'urticaire généralisée.

Pigmentation réticulée du cou présentant les caractères de la syphilide chez un tuberculeux cachectique. — M. G. Thibierge. Voici un homme de 60 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avec cachexie très avancée, qui présente une pigmentation généralisée à toute la surface cutanée, sans pigmentation des muqueuses et sans signes nets de maladie d'Addison. A la nuque et sur les parties latérales du cou, cette pigmentation revêt l'aspect d'un réseau brun dont les mailles circonscrivent des zones arrondies moins colorées; c'est, en un mot, l'aspect classique de la syphilide pigmentaire, et cependant le malade n'a jamais eu d'accidents pouvant être imputés à la syphilis et ne présente actuellement aucune manifestation syphilitique. Il s'agit donc d'une forme rarissime de pigmentation du col simulant la syphilide pigmentaire.

Cylindrome de la région parotidienne. — M. Du Castel présente une femme qui a vu il y a douze ans une tumeur débuter à la région parotidienne gauche. Cette tumeur fut enlevée 6 fois et chaque fois il y eut récidive. L'état général est assez bon. Le cylindrome est un épithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux.

Syphilide secondaire tardive. — M. Fournier présente une femme syphilitique depuis quatre ans qui porte une éruption généralisée sous la forme d'un érythème circiné.

Ostéopathies et arthropathies syphilitiques. — M. Fournier montre un homme qui a contracté la syphilis à 60 ans et présente depuis le mois d'août 1896 des exostoses multiples, des arthropathies et une amyotrophie généralisée.

Œdème chronique. — M. Gastou montre une femme tuberculeuse affectée d'un œdème chronique généralisé au bras gauche, survenu à la suite de l'application d'un vésicatoire pour lequel on avait fait un pansement très serré.

Ulcères phlébitiques non variqueux. — M. Gastou. En dehors des ulcères variqueux il existe des ulcères de jambes que M. le Pr Fournier a montrés être d'origine syphilitique et guéris par le traitement spécifique, mais il existe aussi des ulcères qui ne sont ni syphilitiques ni variqueux et sont la conséquence de phlébites infectieuses survenant dans le cours ou la convalescence des maladies infectieuses.

Ces ulcérations dont M. Hudelo a déjà montré un type à la Société ont fait l'objet de la thèse inaugurale de M. le Dr Cormier, élève de M. le Pr Fournier.

Ces ulcérations siègent aux membres inférieurs sans localisation spéciale, elles sont généralement multiples, de la dimension d'une lentille à une pièce de cinq francs et plus lorsqu'elles deviennent confluentes. Chaque ulcération est cupuliforme, en godet, à pentes déclives, à bords saillants non décollés formant un bourrelet blanchâtre, un ourlet surplombant le fond de la lésion qui est suppurative bourgeonneante.

L'ulcération est environnée d'une zone pigmentée, irrégulière. Il n'existe pas de douleurs spontanées, ni de troubles de sensibilité au niveau des lésions dont quelques-unes ont un caractère térébrant et dont toutes ont une évolution chronique et très longue.

Ces ulcères phlébitiques ne s'accompagnent pas de varices; ils débutent dans le cours ou la convalescence de maladies infectieuses qui ont été suivies de phlébites. L'état général des malades est bon, ou bien on trouve chez eux des lésions cardiaques, rénales, ou d'autres reliquats des infections. Leurs réflexes sont souvent exagérés, mais ils ne sont ni tuberculeux, ni syphilitiques.

Ecthyma scrofuleux (*Scrofulides cutanées*). — M. Gastou présente de nouveau une malade atteinte de lésions ulcéreuses des membres, montrée à la Société en janvier en son nom et au nom de M. Emery.

Ces ulcérations ne sont pas de nature tuberculeuse, l'inoculation au cobaye a été négative.

M. Gastou, rapprochant ce cas de cas analogues dans lesquels on trouve également : des ulcérations multiples des jambes, des kératites, des lésions viscérales que l'on ne peut rattacher à la syphilis ou à la tuberculose, pense qu'à côté des syphilides et des tuberculides, il y aurait place pour les scrofulides, la scrofule n'étant pas de la tuberculose, mais l'expression, la signature d'états infectieux ayant laissé leur empreinte sur le malade et préparant le terrain pour le développement du bacille de la tuberculose.

Acide cacodylique dans le psoriasis. — M. Danlos présente un psoriasique traité par l'acide cacodylique seulement et presque guéri. Dans la séance de la Société de dermatologie du 11 juin 1896, M. Danlos a montré que l'acide cacodylique (acide arsénique diméthylé) peut être sans danger ingéré jusqu'à 0 gr. 25 cent. par jour.

Acanthosis nigricans. — MM. Jacquet et Delotte de Limoges envoient une observation d'acanthosis nigricans sans cancer. On sait que dans tous les faits recueillis jusqu'ici sur cette maladie, les malades ont présenté des signes de cancer abdominal.

Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques (deuxième note). — MM. H. Hallopeau et Bureau. L'examen histologique des infiltrations nodulaires suivies de la formation de pustulettes et ultérieurement de dépressions cratériformes isolées ou agminées montre qu'elles se sont développées surtout aux dépens des follicules pilo-sébacés, on y trouve des cellules géantes mais non des bacilles; la constitution des infiltrations rappelle celle du nodule tuberculeux. L'absence de bacilles ainsi que des microbes pyogènes et le résultat négatif des inoculations sont en faveur de l'origine toxinique des altérations; dans les nodules tuberculeux typiques, les bacilles déterminent la production de lésions spécifiques, non par leur action mécanique, mais

par les produits spéciaux, les toxines qu'ils engendrent ; on conçoit que ces toxines puissent aller déterminer dans les différentes parties du tégument où elles sont entraînées par la circulation des lésions histologiques semblables à celles qui caractérisent ces nodules. Ce nouveau fait rapproché des cas de folliclis montre que ces toxines peuvent donner lieu à des éruptions très analogues alors même qu'elles trouvent dans des parties diverses de la peau le milieu sensible à leur action ; d'autre part, les follicules pilo-sébacés peuvent réagir chez les différents sujets suivant des modes divers sous l'influence de toxines très analogues ; on en a pour témoins les affections décrites sous les noms de lichen scrofulosorum, d'acné cachectique, de folliculites suppuratives en placards à progression excentrique qui rentrent dans le même cadre que les folliclis et la tuberculide acnéiforme et nécrotique ; il est possible que les toxines présentent des propriétés différentes suivant qu'elles émanent de foyers pulmonaires, ganglionnaires, osseux ou cutanés.

Nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées. — M. Hallopeau. La présence sur le dos de la langue de placards d'un blanc mat offrant l'aspect de pains à cacheter et sur les joues de plaques constituées exclusivement par des stries opalines est caractéristique du lichen de Nilson : ces lésions diffèrent par leurs caractères objectifs des altérations syphilitiques ainsi que des leucoplasies buccales ; dans ce nouveau fait elles coïncident avec une éruption typique de lichen plan.

Erythème provoqué par l'ichthyol au pourtour de placards d'eczéma avec persistance d'une zone décolorée en leur voisinage immédiat. — MM. Hallopeau et Weil. Deux applications d'une pommade contenant 1 p. 100 d'ichthyol ont dans ce cas les mêmes effets que produisent souvent les pommades pyrogallique et chrysophaniqûe ; les plaques d'eczéma exercent comme celles de psoriasis une action sur l'innervation vaso-motrice du tégument qui les entoure : elles empêchent comme elles la coloration érythémateuse de se produire dans leur voisinage immédiat soit parce qu'elle excite à distance les vaso-constricteurs, soit parce qu'elle exerce une inhibition sur l'action vaso-dilatatrice.

Nouvelle observation de stomatite intense et tardive, compliquée d'hématémèses et de mélænas à la suite d'injections de mercure insoluble ; tuberculose pulmonaire finale. — M. Renault. Cette observation apporte un élément nouveau à la discussion engagée depuis deux ans environ entre les syphiligraphes français sur l'importante question de savoir si : les injections de mercure insoluble doivent être érigées en méthode générale de traitement de la syphilis ou seulement appliquées aux cas exceptionnellement graves ou rebelles à tout autre mode de traitement.

Voici très résumée l'histoire de la malade :

Clotilde R..., âgée de 23 ans, de vigoureuse constitution et sans antécédents morbides héréditaires, notamment tuberculeux, prend la syphilis en juillet 1895.

Au chancre initial succède le cortège habituel des accidents secondaires classiques. Particularité à noter : la syphilis atteint le larynx et bientôt la malade perd la voix presque complètement.

Elle s'adresse alors à un syphiligraphe expérimenté, qui lui fait quatre injections d'huile grise en un mois, à raison d'une par semaine.

Résultat excellent : la voix revient et les autres accident s'effacent.

Néanmoins, bien que débarrassée de toute manifestation spécifique, Clotilde R..., va trouver un autre syphiligraphe, qui, dans un but vraisemblablement préventif, pratique pendant quatre mois une injection de calomel par semaine.

Au cours de ce traitement, dit la malade, les ongles des doigts et des orteils se fendillent.

Elle retourne alors chez son premier médecin, qui juge nécessaire une nouvelle série d'injections d'huile grise : une par semaine pendant un mois, la dernière vers le 15 mai.

Après cette seconde cure, le fendillement des ongles s'arrête et la malade complètement débarrassée de ses accidents, se sentant d'ailleurs très bien, cesse tout traitement.

Le 1er juillet 1896, elle entre à l'hôpital Broca pour des douleurs abdomidales, suivies d'une métrorrhagie, promptement arrêtée par le repos.

Mais trois jours après, c'est-à-dire le 4 et plus d'un mois et demi après la dernière injection d'huile grise, la malade se plaint de souffrir dans la bouche.

C'était le début d'une stomatite effroyable que je ne m'attarderai pas à décrire.

Je me bornerai à en citer les particularités les plus importantes, c'est-à-dire constriction telle des mâchoires que la malade peut à peine desserrer les dents ; impossibilité d'articuler une parole ; la langue immobile est collée contre le plancher de la bouche ; douleurs très vives partant du pharynx et irradiant vers les oreilles ; difficulté extrême pour s'alimenter ; à peine est-il possible d'ingérer quelques gorgées de lait. Est-il besoin d'ajouter que l'amaigrissement et la faiblesse ne tardent pas à prendre des proportions inquiétantes.

Malgré la médication la plus active, ce n'est qu'au bout de quinze jours, c'est-à-dire le 19 juillet, que l'état a commencé à s'améliorer et les fonctions à se rétablir.

Mais le lendemain éclatent sans raison des douleurs abdominales violentes, suivies d'hématémèse et surtout d'un melæna tellement abondant, que Clotilde R... remplit deux vases de sang en allant à la garde-robe et perd trois fois connaissance dans la même journée.

Le 21. Nouveau melæna, moins copieux, heureusement, que la veille.

Enfin, les accidents s'arrêtent et, les jours suivants, la malade reprend quelques forces. L'espoir d'une guérison prochaine commençait à naître, lorsque, le 24, survient une fièvre intense. Le thermomètre, d'abord à 38°5, atteint bientôt 39°7. En même temps, sueurs nocturnes profuses, toux sèche continuelle, augmentation de l'amaigrissement et à l'auscultation de la poitrine, expiration prolongée et soufflante au sommet droit.

Selon toute probabilité, il s'agit d'une poussée tuberculeuse.

Ce dernier orage disparaît progressivement. Clotilde R... guérie enfin de sa stomatite et délivrée des manifestations fébriles, quitte l'hôpital le 1er septembre.

Je l'ai revue au mois de novembre ; l'état général est satisfaisant, l'embonpoint est en partie revenu ; mais, en auscultant les poumons, on perçoit toujours au sommet droit, surtout par la toux, quelques petits craquements fins, indices d'une tuberculose en puissance.

Aplasie moniliforme des cheveux. — M. Jeanselme. Je vous présente un cas de cette maladie familiale qu'on appelle l'aplasie moniliforme des cheveux. Je n'ai rien à ajouter à la description des altérations qui a été faite d'une manière précise par M. Sabouraud. Vous savez que, dans cette curieuse dystrophie congénitale du cuir chevelu, les cheveux tombent dans les premières semaines de la vie et sont remplacés par des poils follets qui présentent, de distance en distance, des étranglements annulaires, au niveau desquels le poil est incolore. Cette malformation des cheveux paraît être liée à l'existence de la kératose pilaire du cuir chevelu, comme l'a fait remarquer M. Brocq.

L'enfant que je soumets à votre examen a 7 frères ou sœurs dont 3 sont atteints de la même affection. Le père, également alopécique, a eu 9 frères ou sœurs dont 3 sont aussi privés de cheveux. J'ai pu établir d'une manière certaine que les cas de la même affection rapportés par M. Sabouraud d'une part, par M. Tenneson d'autre part, appartiennent à la même famille.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 février 1897. — Présidence de M. A. Voisin.

La séance est ouverte à 4 h. 1/2.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels et le premier numéro de *La Médecine, Le Génie Moderne, Mémoires de la Société de Médecine de Nancy, Le Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire*, par M. Guimbail, etc.

Correspondance manuscrite. — Lettres de candidature de M. Grasset (de Nogent-sur-Marne) comme membre titulaire; de M. Boucher (de Saint-Servan) comme membre correspondant, avec envoi d'un livre sur les *Origines épidermiques* (rapporteur M. de Grancourt); de M. H. Mollière (de Lyon); comme membre correspondant, avec envoi d'un grand nombre de travaux (rapporteur M. Glénard); de M. Bonnet (de Romans) avec envoi de deux mémoires manuscrits inédits.

Lettres de MM. Leudet, Baraduc, Barlerin, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président exprime nos regrets et nos condoléances à l'occasion de la mort de la femme de notre excellent confrère M. Pellier, archiviste.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M Bouloumié, Président, *sur l'organisation de la Commission de rapporteurs sur les travaux parus à l'occasion des diverses questions agitées en médecine et en chirurgie.*

M. Dubuc est d'avis de s'en tenir pour le moment à l'organisation adoptée déjà en dernière séance.

Cette opinion est partagée par M. Ladreit de la Charrière qui pense que l'organisation de *différentes sections de rapporteurs* pourra avoir son utilité quand notre Société sera complète.

M. Christian pense que la Société de médecine est surtout faite pour s'occuper des travaux qui y sont lus ou qui lui sont soumis.

M. Ladreit de la Charrière pense qu'il n'est pas mauvais de s'initier aux nouveautés intéressantes qui paraissent et qui n'arrêtent pas suffisamment notre attention.

M. Besnier engage la Société de médecine à être prudente dans l'opinion qu'elle a à émettre sur certains travaux non encore confirmés par l'expérience ni par le temps.

M. Voisin, vice-président, est d'avis, et cet avis est partagé par la majorité des membres, d'essayer timidement le rapport, dans les limites indiquées à la dernière séance.

M. Voisin propose à la Société de faire envoyer ponctuellement, par la préfecture de police, le compte rendu du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

M. Jullien donne lecture de deux observations originales envoyées par M. Bonnet (de Romans), à l'appui de sa candidature comme membre correspondant (Commission : MM. Dubuc, Guépin et Fraigniaud, rapporteur).

M. Guépin. **A propos du traitement de certaines formes d'albuminurie par le débridement de la capsule rénale et la ponction du rein** (*sera publié*).

M. Dubuc. L'opération peut-elle être admise dans le mal de Bright?

M. Guépin pense que l'auteur anglais, M. Harrison, a surtout eu en vue la cause d'anurie ou de douleur excessive pensant qu'il faut se borner au simple débridement quand les lésions nous paraissent moins graves. En tout cas, ce ne peut être qu'une méthode de traitement exceptionnel.

M. Voisin rappelle le cas de M. Brochin resté cloué à la chambre pendant des mois par suite de douleurs de reins. Un chirurgien consulté a ouvert la capsule rénale et, à la suite de cette ouverture, la guérison avait été instantanée. On pourrait se procurer cette observation.

M. Gillebert d'Hercourt donne l'état financier de la Société de médecine de Paris.

Divers échanges de vue ont lieu entre plusieurs membres au sujet des mesures à prendre pour obvier au léger déficit de notre budget. Une démarche sera faite près du journal politique avec lequel la Société de médecine a un traité pour obtenir une diminution des charges ou une rupture par insuffisance de fonds budgétaires.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Chirurgie du poumon. — M. Lejars rapporte deux observations de pneumotomies pour gangrène pulmonaire avec décollement explorateur de la plèvre, suivies de mort et dans un cas malgré la présence d'une caverne à loger le poing le décollement de la plèvre facile et étendu ne révéla nullement l'existence de cette caverne.

M. Bazy. — Dans un des cas de M. Lejars, c'est en somme l'opération que j'ai préconisée, pleurotomie exploratrice, qui a été faite ; dans l'autre je trouve une confirmation de ce que j'avais avancé, à savoir la difficulté sinon l'impossibilité d'assurer un diagnostic par l'auscultation.

A l'égard de l'influence de l'auscultation et pression intra-pulmonaire, dont M. Delorme a démontré l'importance, je viens rapporter une observation de pleurésie à odeur gangréneuse où, sous l'influence de la respiration artificielle rendue nécessaire par la chloroformisation, le poumon rétracté vers la colonne vertébrale, s'est déplissé

et est venu se mettre en contact avec la paroi thoracique, ce qui confirme ce qu'a dit M. Delorme, à savoir que la toux, l'effort peut suffir à ramener le poumon au contact de la paroi, même si celle-ci est ouverte.

M. Routier. Chez un malade atteint de pleurésie purulente interlobaire, l'incision directe suffit à évacuer le contenu purulent et à amener la guérison avec permanence d'une très petite fistule.

Tuberculose du rein. — M. Routier. Les observations que nous a rapportées M. Tuffier sont celles analogues à tout ce que nous possédons tous. Aussi je ne citerai pas les miennes. On nous a dit que les trois raisons opératoires étaient la douleur, l'hématurie et l'infection. Je n'ai jamais eu à intervenir pour la douleur seule, et n'ai eu que deux cas d'hématurie qui m'aient forcé à intervenir. L'infection m'a amené à faire la néphrotomie seule 6 fois et 3 fois la néphrectomie. Dans nombre de cas, il est nécessaire après la néphrotomie de faire ultérieurement et secondairement la néphrectomie alors que sous l'influence de la néphrotomie l'état général du malade s'est relevé, et le met en état de supporter la nouvelle intervention.

Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération de la portion supérieure de l'urèthre. — M. Berger. La fistule vésico-vaginale résultait d'un accouchement antérieur chez une quintipare. L'accès de la fistule était facile, il n'y avait ni brides ni dépression. En explorant l'urèthre, je le trouvai complètement oblitéré. La sonde saillant dans la vessie se coiffait de la muqueuse vésicale et non d'une cicatrice.

Je résolus de réparer d'abord l'urèthre. Je fendis la muqueuse uréthrale sur la sonde, puis au moyen de quatre fils je pus suturer une véritable collection de muqueuse, qui reconstitua l'orifice profond de l'urèthre, et je mis une sonde de Pezzer à demeure.

Me dirigeant ensuite vers la fistule vésico-vaginale, j'avivai les bords de cette fistule et fis la suture à plusieurs plans. La plus grande partie de ma suture réussit mais il resta un très petit orifice. Cinq mois plus tard je refis une nouvelle intervention. Celle-ci fut suivie en apparence des meilleurs résultats, mais dès qu'on enleva la sonde à demeure, l'urine s'échappa par un tout petit orifice qui se ferma spontanément dès qu'on remit la sonde à demeure.

Puis tout allait à merveille, quand, au bout de quelques mois, elle fut atteinte d'hématurie. A l'examen cystoscopique on découvrit une sorte de bourgeon fongueux au niveau du point où j'avais fait la suture de ma collerette vésicale. Je n'intervins pas et l'hématurie a cessé progressivement.

J'ai reçu récemment des nouvelles de cette malade : elle retient à merveille ses urines, et ce n'est que dans les cas d'efforts violents que le col vésical laisse échapper l'urine.

Ce fait est intéressant par cela même que, malgré la destruction totale et l'oblitération secondaire du col de la vessie, la malade peut retenir ses urines et les fonctions du col se sont rétablies.

Un des temps les plus importants de l'opération de la fistule vésico-vaginale est certainement la dilatation préparatoire du vagin. Elle doit, selon les principes de la méthode de Boozeman, être poussée à ses dernières limites.

La méthode d'avivement sur laquelle a déjà insisté M. Ricard est renouvelée de Jobert de Lamballe. On peut tendre à opérer le dédoublement de la paroi vésico-vaginale. Mais dans les cas de brides on est forcé d'avoir recours à l'avivement des bords. Donc attirer la fistule au-dehors comme le veut Ricard et faire le dédoublement si l'on peut.

Depuis quelque temps je me servais du crin de Florence, mais je reviendrai au fil d'argent qui ne coupe pas et soutient en surface.

Fracture de l'humérus ; luxation du radius ; résection. — Présentation de **Photographie de Rœntgen**, par M. Schwartz.

Extirpation d'anévrysme inguinal ; guérison. — Présentation de la pièce par M. Schwartz.

Fracture du crâne par pont de chemin de fer ; Trépanation ; fracture de la table interne ; guérison. — Présentation de malade, par Lejars.

Coup de feu de la région cervicale ; anévrysme artério-veineux ; radiographie de la balle fixée au niveau de la 3e vertèbre cervicale. — Présentation du malade par M. Thiéry.

F. Verchère.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Répartition des chefs de service, des chefs de clinique et des internes à dater du 1er février* 1897 :

Hotel-Dieu. — *Médecine.* — M. le prof. Dieulafoy ; chef de clinique : M. Charrier ; chef adjoint : M. Rémon ; int. : M. Jolli. — M. le prof. Proust ; int. : M. Comte. — M. le prof. Cornil ; int. : M. Carnot. — M. Ferrand ; int. : M. Leven. — M. Gingeot ; int. : M. Sicard (Gabriel). — M. Audhoui ; int. : M. Iselin.

Chirurgie. — M. le prof. Duplay ; chef de clinique : M. Cazin ; int. : MM. Ménier, Branca, Cadot, Roger (Jean). — M. Polaillon ; int. : MM. Laboy (Georges) ; Rastouil. — M. le prof. Panas ; chef de clinique : M. Terson ; int. : MM. Desvaux, Dupuy-Dutemps, Luys.

Consultation. — *Médecine.* — MM. Raymond, Pignol.

Chirurgie. — M. Demoulin ; suppl. : M. Macquart-Moulin.

Hotel Dieu Annexe. — *Médecine.* — M. Vaquez. — M. Klippel ; int. prov. : M. André.

Accouchement. — M. Potocki ; int. prov. : M. Hivet.

Hopital de la Pitié. — *Médecine.* — M. le prof. Jaccoud ; chef de clinique : M. Thiroloix ; int. : M. Rosenthal. — M. Robin ; int. : M. Bertherand. — M. Thibierge ; int. : M. Ravaut. — M. Babinski ; int. : M. Rist. — M. Petit ; int. : M. Levrey. — M. Faisans ; int. : M. Le Damany.

Chirurgie. — M. le prof. Berger ; chef de clinique : M. Reblaud ; int. : MM. Lardinois, Proust, Wintrebert. — M. Tuffier ; int. : MM. Desfosses, Dujarier, Villière.

Accouchement. — M. Doléris ; int. : M. Lenoble.

Consultation. — *Médecine.* — M. Capitan. — *Chirurgie.* — M. Thiéry ; suppl. : M. Launay.

Hopital de la Charité. — *Médecine.* — M. le prof. Potain ; chef de clinique : M. Teissier ; int. : M. Papillon. — M. Moutard-Martin ; int. : M. Bacaloglu. — M. Labadie-Lagrave ; int. : M. Camuet. — M. le prof. Bouchard ; int. lauréat : M. Claude ; int. : M. Josué. — M. Gouraud ; int. : M. Millet (Maurice). — M. Oulmont ; int. : M. Masbrenier.

Chirurgie. — M. le prof. Tillaux ; chef de clinique : M. Souligoux ; int. : MM. Wiart, Pasteau, Lereboullet. — M. Campenon ; int. : MM. Piatot, Laroche.

Accouchement. — M. Porak ; int. : M. Larrieu.

Consultation. — *Médecine.* — M. de Grandmaison ; suppl. : M. Springer. — *Chirurgie.* — M. Arrou ; suppl. : M. Ehrhardt.

Hopital Saint-Antoine. — *Médecine.* — M. le prof. Hayem ; chef de clinique : M. Tissier (Paul) ; int. : M. Ghika ; int. prov. : M. Lévy (Jules). — M. Galliard ; int. : M. Morély. — M. Ballet ; int. : M. Faure. — M. Brissaud ; int. : M. Sicard (A.). — M. Letulle ; int. : M. Gandy. — M. Lermoyez ; int. : M. Druault. — M. Gaucher ; int. : M. Baillet — M. Siredey ; int. : M. Grosjean.

Chirurgie. — M. Blum ; int. : MM. Macrez, Pédeprade, Tournemelle. — M. Monod. int. : MM. Cottet, Lacour, Vanverts.

Consultation. — *Médecine.* — M. Lyon ; suppl. : M. Dutil ; int. prov. : M. Roux (Marcel). — *Chirurgie.* — M. Walter ; suppl. : M. Conzette.

Hopital Necker. — *Médecine.* — M. Cuffer ; int. : M. Terrien (F.). — M. Huchard ; int. : M. Deguy. — M. Rendu ; int. : M. Hallé. — M. Barth ; int. : M. Pissavy.

Chirurgie. — M. le prof. Le Dentu ; chef de clinique : M. Mauclaire ; int. : MM. Cunéo, Durieux, Marcille. — M. le prof. Guyon ; chef de clinique : M. Chevalier ; int. : MM. Gosset, Pouquet, Le Fur. — M. Routier ; int. : MM. Siron, Héresco.

Consultation. — *Médecine.* — M. de Gennes ; suppl. : M. Weber. — *Chirurgie.* — M. Albaran.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* — M. Delpeuch ; suppl. : M. Vaquez ; int. : M. Mettetal. — M. Chauffard ; int. : MM. Chaillous (Maurice), Cavasse.

Chirurgie : M. Schwartz ; int. : MM. Imbert, Hepp. — M. Boully ; int. : MM. Chéron, Bouchacourt. — M. Quénu ; int. : MM. Cange, Claisse, Brin.

Service temporaire de chirurgie. — Int. prov. : M. Petit (Jean).

Consultation. — *Médecine.* — M. Lesage ; suppl. : M. Régnier ; int. prov : M. Ferrand. — *Chirurgie.* — M. Sébileau ; suppl. : M. Wassilieff.

Hopital Beaujon. — *Médecine.* — M. Debove ; int. : M. Labbé (Marcel). — M. Rigal : int. : M. Rudaux. — M. Troisier ; int. : M. Decloux. — M. Fernet ; int. : M. Bize.

Chirurgie. — M. Lucas-Championnière ; int. : MM. Termet, Vouzelle. — M. Anger (Benjamin) ; int. : MM. Mortagne, Delestre. — M. Anger (Théophile) ; assistant : M. Lejars ; int. : MM. Turner, Véron.

Chirurgie (chroniques). — Int. prov. M. Desjardins.

Accouchement. — M. Ribemont-Dessaignes ; int. : M. Morel.

Consultation. — *Médecine.* — M. Launois ; adjoint : M. Soupault ; int. prov. : M. Guéniot. — *Chirurgie.* — M. Lyot ; suppl. : M. Bernard.

Hôpital Lariboisière. — *Médecine.* — M. Landrieux ; int. : M. Le Roy. — M. Duguet ; int. : M. Blanc. — M. Dreyfus-Brisac ; int. : M. Monod (Jacques). — M. Tapret ; int. : M. Guillemin. — M. Muselier ; int. : M. d'Herbécourt. — M. Gougenheim ; int. : MM. Lombard, Tissier (Paul).

Maladies des yeux. — M. Délens ; int. : MM. Fessard, Clermont.

Chirurgie. — M. Perier ; int. : MM. Angélesco, Fauvel. — M. Reynier ; int. : MM. Ferron, Delmon-Bébet, Haury. — M. Peyrot ; int. : MM. Martinet, Page.

Accouchement. — M. Maygrier ; int. : M. Coville.

Chirurgie (chroniques). — Int. prov. : M. Herscher.

Consultation. — *Médecine.* — M. Gallois : suppl. : M. Létienne ; int. pro. : M. Arnal. — *Chirurgie.* — M. Beurnier ; suppl. : M. Mansen.

Hôpital Tenon. — *Médecine.* — M. Talamon ; int. : M. Baron. — M. Achard ; int. : M. Castaigne. — M. Brault ; int. : M. Got. — M. Martin (Hippolyte) ; int. : M. Malartie. — M. Bourcy ; int. : M. Bigard. — M. Le Gendre ; int. : M. Terrien (Eugène). — M. Béclère ; int. : M. Jousset. — M. Giraudeau ; int. : M. Bernard (Armand).

Service temporaire. — *Médecine.* — M. Bourcy ; ext. : MM. Compoint et Poutchkow.

Chirurgie. — M. Félizet ; int. : MM. Guillot (Maurice), Devé, Barbarin. — M. Bazy ; int. : MM. Escat, Junien-Lavillauroy, Grisel. — M. Gérard-Marchant ; int. : MM. Pétron, Rabé, Auclair (Joseph).

Accouchement. — M. Champetier de Ribes ; int. : M. Funck-Brentano.

Consultation. — *Médecine.* — M. Duplaix ; suppl. : M. Triboulet ; int. prov. : M. Weill (Georges). — *Chirurgie.* — M. Paul Delbet ; supp. : M. Isch-Wall.

Hôpital Laennec. — *Médecine.* — M. Landouzy ; int. : M. Lévi (Ch.). — M. Barié ; int. : M. Cler. — M. Hirtz ; int. : M. Bernheim. — M. Merklen ; int. : M. Bureau.

Service temporaire. — *Médecine.* — M. Courtois-Suffit ; int. prov. : M. Le Roy des Barres.

Chirurgie. — M. Reclus ; int. : MM. Pascal, Bigeard ; int. prov. : M. Lenglet.

Consultation. — *Médecine.* — M. Laffitte ; suppl. : M. Aviragnet. *Chirurgie.* — M. Faure ; suppl. : M. Benoît.

Hopital Bichat. — *Médecine.* — M. Lacombe ; int. : M. Sauvage. — M. Roques ; int. : M. Roques.

Chirurgie. — M. le prof. Terrier ; assistant : M. Hartmann ; int. : MM. Frédet, Chauvet, Guinard.

Consultation. — *Médecine.* — M. Barbier ; suppl. : M. Pineau ; int. prov. : M. Chevrey. — *Chirurgie.* — M. Peraire ; suppl. : M. Reymond.

Hopital Andral. — *Médecine.* — M. Mathieu ; int. : MM. Roux, Nattan.

Consultation. — *Médecine.* — M. Polguère ; suppl. : M. Lévi (Léopold).

Hopital Broussais. — *Médecine.* — M. OEttinger ; int. : M. Delamarre. — M. Gilbert ; int. : M. Garnier.

Chirurgie. — M. Michaux ; int. : MM. Chaillous (Joseph), Ardouin.

Consultation. — *Médecine.* — M. Wurtz ; suppl. : M. Auscher. — *Chirurgie.* — M. Morestin ; suppl. : M. Malherbe.

Hopital d'Aubervilliers. — *Médecine.* — M. Roger ; int. : M. Bayeux ; int. prov. : M. Prat.

Bastion 29. — *Médecine.* — M. Chantemesse ; int. : M. Ramond.

Hopital Hérold. — *Médecine.* — M. Gilles de la Tourette ; int. : M. Célos ; int. prov. : M. Lustgarten.

Hopital Saint-Louis. — *Médecine.* — M. le prof. Fournier ; chef de clinique : M. Gaston ; int. : MM. Dominici, Lesné. — M. Balzer ; int. : M. Griffon. — M. Hallopeau ; int. : M. Weil (Emile) ; int, prov. : M. Poulain (Albert). — M. Tennesson ; int. : M. Pelisse. — M. de Castel ; int. : M. Marchais. — M. Danlos ; int. : M. Mauger (Noël).

Chirurgie. — M. Richelot ; int. : MM. Batigne, Derocque, Barozzi. — M. Marchand ; int. : MM. Rebreyend, Zeimet, Couvelaire. — M. Nélaton ; int. : MM. Faitout, Ombredanne, Veau.

Accouchement. — M. Bar ; int. : M. Mercier (Raoul).

Consultation. — *Chirurgie.* — M. Legueu; suppl. : M. Reault.

Hopital Picord. — *Médecine.* — M. Mauriac; int. : M. Miaux (Georges). — M. Renault; int. : M. Tissot.

Chirurgie. — M. Humbert; int. : M. Planque.

Hopital Broca. — *Médecine.* — M. Beurmann; int. : . Zimmern. — M. Brocq; int. : M. Estrabaut.

Chirurgie. — M. Pozzi; int. : MM. Martin (Ch.), Barnsby, habry.

Consultation. — *Chirurgie.* — M Jalye; assist. : Bouglé.

Hopital de la Maternité. — *Accouchement.* — M. Budin; t. : MM. Salmon, Ghéorghiu.

Médecine. — M. Charrin; int. : M. Riche.

Clinique Baudelocque. — *Accouchement.* — M. le prof. inard; chef de clinique : M. Bouffe de Saint-Blaise.

Hopital de la Clinique d'Accouchements. — *Chirurgie.* — . le prof. Tarnier; chef de clinique : M. Dubrisay.

Maison municipale de santé. — *Médecine.* — M. Widal; nt. : M. Nobécourt. — M. Ménétrier; int. : M. Monthus.

Chirurgie. — M. Chaput; int.; MM. Descazals, Fontoynont. — M. Pigque; int. : MM. Dartigues, Guillemot (Albert); nt. prov. : M. Janot.

Hopital des Enfants-Malades. — *Médecine.* — M. le prof. Grancher; chef de clinique : M. Renault; int. : M. Guillemot (Louis). — M. Descroizilles; int. : MM. Herrenschmidt, de Font-Réaulx. — M. Comby; int. : M. Bernard (L.). — M. d'Heilly; int. : MM. Martin (André), Tissier (Henri). — M. Moizard; int. : M. Jacobson. — M. Sevestre; int. : M. Bonnus.

Chirurgie. — M. de Saint-Germain; int. : MM. Lenormand, Fresson. — M. Brun; int. : MM. Monod (Fernand), Gibert.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — *Chirurgie.* — M. Ménard; int. : MM. Chabochet, Bluysen, Bufnoir.

Hôpital Trousseau. — *Médecine.* — M. Richardière; int. : MM. Ullmann, Michaut (Charles). — M. Josias; int. : M. Audion. — M. Netter; int. : MM. Kleim, Constensoux. — M. Variot; int. : MM. Coyon, Zadok.

Chirurgie. — M. le prof. Lannelongue; assistant : M. Broca. int. : MM. Chauveau, Mouchet; int. prov. : M. Talandier. — M. Jalaguier; int. : MM. Bonnet et Jalaguier.

Hospice des Enfants-Assistés. — *Médecine.* — M. Hutinel; int. : MM. Frenkel, Grenet.

Chirurgie. — M. Kirmisson; int. : MM. Caboche, Guéry.

Hôpital Debrousse. — *Médecine.* — M. Thoinot; int. : M. Bernard (Henri).

Hospice de Bicêtre. — *Médeine.* — M. Marie; int. : M. Sainton; int. prov. : M. Sikora. — M. Bourneville; int. : MM. Jacomet, Schwartz; int. prov. : M. Godineau. — M. Charpentier; int. : Guilbaud; int. prov. : M. Legay. — M. Deny; int. : M. Mercier (Edmond); int. prov. : M. Moret (Louis). — M. Féré; médecin adjoint : M. Chaslin; int. : M. Mesnard; int. prov. : M. Elias.

Chirurgie. — M. Ricard; int. : MM. Hennecart, Merklen; int. prov. : M. Chifoliau.

Hospice de la Salpêtrière. — *Médecine.* — M. le prof. Raymond; chef de clinique : M. Charcot; int. : MM. Lorain, Fournier, Cestan. — M. Déjerine; int. : MM. Long, Théohari; int. prov. : M. Michaut. — M. Voisin (A.); int. : M. Lœvy. M. Falret; int. : Froussard. — M. Voisin (J.); int. M. Hauser. médecin adjoint : M. Séglas (E.).

Chirurgie. — M. Second; int. : MM. Herbet, Lenoir.

Consultation. — *Chirurgie.* — M. Chipault; suppl. : M. Bouglé.

Hospice des Incurables (Ivry.) — *Médecine.* — M. Gombault; (A.); int. : M. Mauger (Adrien); int. prov. : M. Tardif.

Chirurgie. — M. Poirier; int. : M. Guibé; int. prov. : M. Degorce (Armand).

Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — *Médecine.* — M. Marfan; int. : M. Millian; int. prov. : M. Loubet.

Maison de retraite de La Rochefoulcauld. — *Médecine.* — M. Darier; int. : M. Schœfer.

Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — *Médecine.* — M. Lebreton; int. : M. Cochemé (Chardon-Lagache), M. Minet (Rossini).

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les Dr Armet, de Sallèles (Aude); Bellissent, de Sigean; Deroyer (de Fougères); Vollier (de Paris).

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de la Société centrale a eu lieu dimanche 14 février, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Bucquoy. Après l'allocution du président, le rapport du secrétaire, M. Thibierge, nous avons entendu le rapport de M. le trésorier, dont nous extrayons les chiffres suivants, relatifs à l'exercice de l'année 1896 :

Les recettes ont été de 18.475 francs, se répartissant ainsi : 12 admissions 192 francs, cotisations annuelles 11.671, cotisations perpétuées 1.952, dons 1.510, rentes 2.700, divers 450, total : 18.475 francs.

Il a été alloué 10.550 francs de secours, sur lesquels 32 veuves de sociétaires ont touché 7.400 francs. Autres dépenses : 8.627 fr. 45, ce qui fait, pour les dépenses, un total de 19.177 fr. 45.

L'avoir disponible au 1er janvier 1897 est le suivant : en réserve à la caisse des dépôts et consignations 60.000 fr.; en Caisse du trésorier 4.807 fr. 70. Comme avoir indisponible : 1.586 francs de rente 3 p.100 et 445 de rente 3 1/2 p.100; soit 2.031 francs de rentes représentant un capital d'environ 66.000 francs, plus la nue propriété de 6.000 de rentes 3 p.100, dont l'usufruitier a soixante-treize ans, trois pensionnés qui reçoivent chacun 800 francs.

L'assemblée a procédé ensuite à l'élection du vice-président et de onze membres de la commission administrative. M. Motet a été élu vice-président.

M. Lannelongue, président sortant, est réélu président de l'Association générale.

Hospice de Brévannes. — Le jeudi 18 mars 1897, à midi, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes.

Le registre d'inscription sera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 18 février 1897, jusqu'au samedi 6 mars inclusivement.

Bureaux de bienfaisance. — Un concours pour la nomination aux places de médecins du traitement à domicile et du service des consultations s'ouvrira le lundi 5 avril 1897. Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de 11 heures à 4 heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 3 mars 1897, 4 heures, inclusivement. Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Être de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés de médecine de l'Etat ;

2° S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Société médicale du Louvre (I^er^ et 2^e^ arrondissements). — Le bureau de la Société est ainsi composé pour 1897 : *Président* : D^r^ Allyre Chassevant. — *Vice-président* : D^r^ Moutier. — *Secrétaire-général* : D^r^ Sebillotte. — *Secrétaire des séances* : D^r^ Beausse. — *Trésorier* : M. Bretonneau.

Société médicale du VII^e^ arrondissement. — Voici la composition du bureau de la Société pour l'année 1897 : *Président* : M. H. Leroux. — *Vice-Présidents* : MM. Valude et Luc. — *Secrétaire-général* : M. Tolédano. — *Secrétaires annuels* : MM. Monnier et Sottas fils. — *Trésorier* : M. Alibert.

Hôpitaux thermaux militaires. — Par décision ministérielle, en date du 12 février 1897, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1897, savoir :

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault. — M. le médecin-major de première classe Julié et M. le médecin aide-major de première classe Colomb.

Hôpital thermal de Vichy. — M. le médecin principal de deuxième classe Antony ; MM. les médecins-majors de première classe Delamarre et Loillier ; M. le médecin-major de deuxième classe Lejeune ; MM. les médecins aides-majors de première classe Ferrand et Pouy.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — M. le médecin principal de deuxième classe Bachelet ; MM. les médecins-majors de première classe Forgues et Polin ; MM. les médecins aides-majors de première classe Beauxis-Lagrave et Auclert.

Hôpital thermal de Barèges. — M. le médecin principal de première classe Geschwind ; MM. les médecins-majors de première classe Peborde et Gorsse ; M. le médecin aide-major de première classe Voulgre ; M. le médecin aide-major de deuxième classe Petges.

Le curé de Sens et le D^r^ Guermonprez. — Le D^r^ Guermonprez, professeur à la Faculté catholique de Lille et médecin à la solde du curé de Sens, ce rebouteur en soutane autour duquel les journaux politiques ont fait tant de bruit, vient, à la suite d'absences réitérées, d'être révoqué de ses fonctions de médecin de la compagnie des chemins de fer du Nord.

Hôpital Tenon. — Le D^r^ Béclère a commencé le vendredi 12 février, à 10 heures 1/2, salle Pidoux, des conférences cliniques qu'il continuera les vendredis suivants à la même heure.

Cours d'hygiène sociale, professé à la Bourse du Travail, 3, rue du Château-d'Eau. — Sujet du cours : *L'hygiène et l'alimentation des travailleurs.* — M. le D^r^ A.-J. Martin fera la leçon du samedi 20 février 1897, à huit heures et demie du soir à la Bourse du Travail, salle des Conférences, sur l'habitation ouvrière. La conférence pratique du dimanche 21 février 1897 aura lieu au Four crématoire, au Père-Lachaise, à neuf heures et demie du matin.

Journaux de médecine. — Nous reçevons le premier numéro du *Canadian journal of médicine and Surgery*, journal mensuel publié à Toronto (Canada).

L'*Echo médical du Nord* vient de paraître à Lille sous la direction de M. le P^r^ Combemal, professeur à la Faculté. Nous lui souhaitons la bienvenue.

Nécrologie. — Le D^r^ Brugère (Paul), d'Uzerche (Corrèze), reçu en 1843. — Le D^r^ Jureaux, de Corseul (Côtes-du-Nord), décédé à l'âge de 36 ans. — Le D^r^ Dubieux, de Marval, par Bourdeilles (Dordogne), reçu en 1849. — Le D^r^ Picard, de Nantes. — Le D^r^ Terrion, de Corrèze. — Le D^r^ Denis, de Fougères, reçu en 1873. — Le D^r^ Casanova de Bourges, reçu en 1889. — Le D^r^ Viollet, de Lyon, reçu en 1874.

La mortalité à Paris. — Pendant la sixième semaine, du 7 au 13 février 1897, la mortalité est revenue au taux des dernières semaines. Le service de la statistique n'a en effet enregistré que 925 décès au lieu de 1.120 pendant la cinquième semaine et au lieu de la moyenne 1.113. Cet abaissement de la mortalité paraît dû à l'amélioration climatérique qui a coïncidé avec elle.

Les maladies épidémiques redeviennent rares, à l'exception de la rougeole qui au contraire est en augmentation constante depuis quelques semaines. Cette maladie a causé 24 décès au lieu de 18 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 15. Les arrondissements les plus touchés sont le XVIII^e^ (Montmartre) et le XIX^e^ (Buttes-Chaumont). Les autres affections épidémiques n'ont causé que 28 décès au lieu de 31 et de la moyenne 58 ; la fièvre typhoïde a causé 5 décès au lieu de 5 et de la moyenne 9 ; la scarlatine 1 au lieu de 4 et de la moyenne 3, la coqueluche 8 au lieu de 7 et de la moyenne 8, la diphtérie 10 au lieu de 10 et de la moyenne 22.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On a signalé 4 décès par l'influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 26 décès au-dessous de 1 an au lieu de 22 et de la moyenne 35.

En outre 19 enfants sont morts de débilité congénitale.

La diminution générale de la mortalité porte surtout sur les maladies des voies respiratoires.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 157 décès (au lieu de 182 pendant la semaine précédente et au lieu de 196, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 25 décès (au lieu de la moyenne 30) ; bronchite chronique, 34 décès (au lieu de la moyenne 43) ; broncho-pneumonie, 61 décès (au lieu de la moyenne 57) ; pneumonie, 40 décès (au lieu de la moyenne 66). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 44 décès, dont 30 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès au lieu de 203 et de la moyenne 208 ; la méningite tuberculeuse, 24 décès ; la méningite simple, 12 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 34 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 63 décès, et les maladies organiques du cœur, 67 ; le cancer a fait périr 37 personnes. Enfin, 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 18 suicides et 19 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 394 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.230 enfants vivants (615 garçons et 614 filles), dont 903 légitimes et 327 illégitimes. Parmi ces derniers, 55 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 348 enfants, dont 5 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 85 seront nourris au sein et 263 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 115 mort-nés (dont 81 légitimes et 34 illégitimes).

PILULES DE QUASSINE FREMINT

Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*